

## VU Research Portal

### **Psychologische behandeling van depressie: een systematisch overzicht van meta-analyses,**

Cuijpers, P.; Dekker, J.J.M.

#### ***published in***

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde  
2005

#### ***document version***

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

#### ***citation for published version (APA)***

Cuijpers, P., & Dekker, J. J. M. (2005). Psychologische behandeling van depressie: een systematisch overzicht van meta-analyses, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 1892-1897.  
<http://www.ntvg.nl/publicatie/psychologische-behandeling-van-depressie-een-systematisch-overzicht-van-meta-analysen>

#### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

#### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

#### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

# Psychologische behandeling van depressie; een systematisch overzicht van meta-analysen

P.Cuijpers en J.Dekker

**Doel.** Een overzicht geven van de meta-analysen naar de effectiviteit van psychologische behandelingen van patiënten met een depressieve stoornis.

**Opzet.** Systematische review.

**Methode.** Gezocht werd in Pubmed, Psycinfo en DARE, in eerdere reviews en in referentielijsten van geïnccludeerde studies. Inclusiecriteria waren: statistische meta-analyse van gerandomiseerde studies die in de jaren 2000-2004 waren gepubliceerd in een Engelstalig tijdschrift. Er werden 3 typen uitkomstmaten onderscheiden: effecten op herstel, effecten op de mate van depressieve symptomen, en uitval.

**Resultaten.** Er werden 10 meta-analysen geïnccludeerd met in totaal 132 primaire studies, waarvan 25 (19%) in meer dan 1 meta-analyse voorkwamen. Psychologische interventies hadden een groot effect op herstel (oddsratio: 3,01) en op vermindering van klachten (gestandaardiseerde effectgrootte: -0,90). Met name cognitieve gedragstherapie was goed onderzocht; er was geen bewijs dat deze effectiever was dan andere psychologische behandelingen. Ook minimale psychologische interventies hadden grote effecten. Psychologische behandeling was ook effectief bij kinderen en adolescenten. Behandeling met antidepressiva alleen was minder effectief dan gecombineerde behandeling met antidepressiva en een psychologische interventie. Er waren geen aanwijzingen dat de uitval bij psychologische behandeling anders was dan in controlegroepen.

**Conclusie.** Er was ruime ondersteuning voor de effectiviteit van psychologische behandeling van patiënten met een depressieve stoornis.

Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:1892-7

In de afgelopen decennia zijn tenminste 130 gerandomiseerde trials uitgevoerd naar de effecten van psychologische behandeling van patiënten met depressieve stoornissen. Belangrijke vormen van psychologische behandeling zijn onder meer cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en therapie gericht op probleemoplossing. Deze behandelvormen zijn onderzocht bij diverse doelgroepen, zoals adolescenten, ouderen, vrouwen met postnatale depressie en mensen met verschillende lichamelijke aandoeningen. Ook zijn er verschillende uitvoeringen, zoals groepstherapie, individuele therapie, partnertherapie, bibliotherapie en internettherapie.

Om de resultaten van al deze studies te integreren zijn in de afgelopen jaren meerdere meta-analysen uitgevoerd. Meta-analysen vormen een belangrijke bron van geaggregeerde kennis over behandelmethoden. Positieve effecten in een meta-analyse van gerandomiseerde trials worden in het algemeen beschouwd als het beste bewijs voor de effectiviteit dat beschikbaar is. Vanwege de vele verschillende vor-

men van psychologische behandelingen, doelgroepen en vormen is er niet één meta-analyse uitgevoerd waarin alle studies zijn opgenomen. Er zijn alleen meta-analysen uitgevoerd van studies gericht op een specifieke populatie, behandeling of uitvoering. De enige manier om dit gehele veld van psychologische behandeling van depressie samen te vatten is dan ook door middel van een systematische review van meta-analysen. In dit artikel presenteren wij een dergelijke systematische review.

## METHODE

Meta-analysen werden geïdentificeerd door het verrichten van systematische literatuurzoekacties in de bibliografische databestanden Pubmed, Psycinfo en DARE, met als zoektermen 'depressi\*' in combinatie met 'meta-analysis' of 'systematic review' (zowel trefwoorden als tekstwoorden), door het nazoeken van eerdere reviews<sup>1-4</sup> en door het nakijken van de referentielijsten van geïnccludeerde studies (figuur).

Een artikel werd geïnccludeerd wanneer het een statistische meta-analyse betrof van gerandomiseerde studies waarin de effecten van een psychologische behandeling werden onderzocht bij mensen met depressieve stoornissen of klinisch relevante depressieve klachten. Wij includeerden alleen meta-analysen die waren gepubliceerd in de jaren

Vrije Universiteit, afd. Klinische Psychologie, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam.

Hr.prof.dr.P.Cuijpers en hr.prof.dr.J.Dekker (tevens: Mentrum, Centrum Geestelijke Gezondheidszorg, Amsterdam), klinisch psychologen.

Correspondentieadres: hr.prof.dr.P.Cuijpers (p.cuijpers@psy.vu.nl).

2000-2004, die in het Engels waren gepubliceerd, en waarin onderzoeken waren opgenomen waarbij meerdere behandelingen met elkaar waren vergeleken of waarbij een behandeling was vergeleken met geen interventie, op een wachtlijst staan of placebobehandeling.

Kwaliteitscriteria van de geïnccludeerde meta-analysen staan samengevat in de tabel. In 8 van de 10 geïnccludeerde meta-analysen konden wij de referenties van de primaire studies identificeren die in de betreffende meta-analyse gebruikt waren. Wij keken hoeveel primaire studies in de meta-analysen geïnccludeerd waren en hoeveel studies door meerdere meta-analysen waren geïnccludeerd.

Er werden 3 typen uitkomstmaten onderscheiden: (a) effecten op herstel, dat wil zeggen het percentage mensen dat niet langer depressief was of onder een afkappunt op een symptoomlijst scoorde, uitgedrukt in oddsratio's (OR) of relatieve risico's (RR); (b) effecten op de mate van depressieve symptomen, uitgedrukt in gestandaardiseerde effectgrootten (d); deze effectgrootten geven aan hoeveel standaarddeviaties op een ernstmaat de interventiegroep beter af is dan de controlegroep; daarbij wordt een effectgrootte van 0-0,32 beschouwd als klein, van 0,33-0,55 als middelgroot en > 0,55 als groot;<sup>5</sup> (c) uitval, dat wil zeggen het percentage mensen dat tijdens de behandeling uitviel, uitgedrukt in OR of RR.

Omdat de follow-upperioden in de primaire studies aanzienlijk verschilden, rapporteren wij hier alleen uitkomsten direct na de interventie.

## RESULTATEN

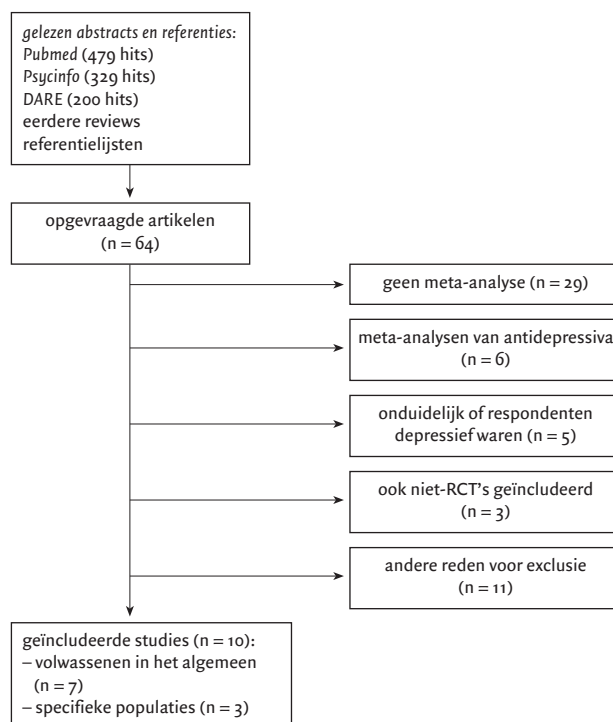
Er werden 64 artikelen opgevraagd, waarvan er 10 meta-analysen bevatten die aan de inclusiecriteria voldeden (zie de figuur en de tabel).<sup>6-15</sup> In de 8 meta-analysen die de referenties van primaire studies vermeldten, waren in totaal 132 studies onderzocht. Van deze 132 studies waren 107 (81%) in 1 meta-analyse geïnccludeerd, 24 (18%) in 2 meta-analysen en 1 (1%) studie was geïnccludeerd in 3 meta-analysen. De onderzochte interventies verschilden aanzienlijk, maar veruit het meest onderzocht was cognitieve gedragstherapie. Als controlegroep waren doorgaans gebruikt groepen patiënten die op een wachtlijst stonden of patiënten die 'gebruikelijke zorg' ontvingen.

**Effecten van psychologische behandeling in het algemeen.** In de meta-analyse met de meeste studies hadden psychologische interventies in het algemeen een groot effect op herstel (OR = 3,01) en op de mate van depressieve klachten (d = -0,90; zie de tabel).<sup>6</sup> Wel was er enige heterogeniteit, wat gezien de diversiteit van interventies verwacht mag worden. Cognitieve gedragstherapie had grote effecten op symptomen en herstel.<sup>6-12</sup> Minimale psychologische interventies (doorgaans ook gebaseerd op cognitieve gedragstherapie), waarbij de patiënt een gestructureerde vorm van psychologische

behandeling in boekvorm op zichzelf toepaste met beperkte telefonische ondersteuning, had eveneens grote effecten,<sup>7</sup> ook wanneer de minimale interventie ondersteund werd met psycho-educatie in groepsverband.<sup>9</sup> Behandeling via de computer of het internet met geen of beperkte ondersteuning had middelgrote effecten op depressieve klachten.<sup>7</sup>

**Vergelijkingen tussen verschillende behandelingen.** Psychologische behandeling in combinatie met antidepressiva had iets grotere effecten op herstel dan alleen behandeling met antidepressiva.<sup>8-11</sup> De effecten van lichamelijke oefening verschilden niet statistisch significant van die van cognitieve therapie.<sup>10</sup> Individuele cognitieve therapie was wel effectiever dan in groepsverband.<sup>6</sup> Of cognitieve gedragstherapie effectiever was dan andere vormen van psychologische behandeling, was niet duidelijk. In 1 meta-analyse was cognitieve gedragstherapie effectiever dan andere vormen van therapie zoals interpersoonlijke therapie en psychodynamische therapie.<sup>6</sup> Uit 1 andere meta-analyse kwam echter naar voren dat cognitieve therapie wel effectiever was dan placebobehandelingen, maar niet effectiever dan interpersoonlijke of psychodynamische therapie.<sup>12</sup>

**Uitval.** In 2 meta-analysen was de mate van uitval gedurende de behandeling onderzocht (data niet getoond).<sup>6-11</sup> Er waren geen aanwijzingen dat de uitval bij psychologische



Inclusie van gepubliceerde meta-analysen naar de effectiviteit van psychologische behandelingen van patiënten met een depressieve stoornis. RCT = gerandomiseerde klinische trial.

1e auteur; jaar van publicatie	kwaliteits- criteria*	periode	aantal studies (waarvan uniek)	aantal onderzochte patiënten	onderzochte behandelingen
<b>volwassenen</b>					
Churchill; <sup>6</sup> 2001	a-e	nv-1999	63 (47)	1047§	kortdurende psychologische behandelingen (≤ 20 sessies): – psychologische behandeling in het algemeen versus controlegroepen – cognitieve (gedrags)therapie versus interpersoon- lijke therapie, kortdurende psychodynamische therapie en ondersteunende therapie – individuele versus groepsgewijze cognitieve (ge- drags)therapie – cognitieve (gedrags)therapie versus controlegroepen – cognitieve (gedrags)therapie versus kortdurende psychodynamische therapie – cognitieve (gedrags)therapie versus ondersteunende therapie
Cuijpers; <sup>7</sup> 2000	a-e	1960-2004	17 (15)	1978§	minimale interventies: boek, computer of internet, plus ≤ 10 telefonische contacten: – bibliotherapie versus controlegroepen – computer-cognitieve gedragstherapie versus controlegroepen
Friedman; <sup>8</sup> 2004	b	1967-2002	20 (8)	nv	antidepressiva en psychologische behandeling in het algemeen versus antidepressiva
Gregory; <sup>9</sup> 2004	c	1967-1999	29 (0)	nv	bibliotherapie, met of zonder psycho-educatie, versus controlegroepen
Lawlor; <sup>10</sup> 2001	a-e	1966-1999	4 (4)	188§	cognitieve gedragstherapie versus lichamelijke oefening
Pampallona; <sup>11</sup> 2004	b-e	1980-2002	16 (7)	1842	antidepressiva en cognitieve gedragstherapie versus antidepressiva
Wampold; <sup>12</sup> 2002	geen	1977-1996	20 (8)	nv	cognitieve gedragstherapie versus andere psycho- logische behandeling in het algemeen cognitieve gedragstherapie versus placebotherapie
<b>kinderen en adolescenten</b>					
Haby; <sup>13</sup> 2004	e	nv	7 (7)	nv	cognitieve gedragstherapie versus controlegroepen
Michael; <sup>14</sup> 2002	a, c	1980-1999	15 (0)	1108§	psychologische behandeling in het algemeen versus controlegroepen
<b>vrouwen met postnatale depressie</b>					
Lumley; <sup>15</sup> 2004	b-e	1980-2003	11 (11)	nv	psychologische behandeling in het algemeen, voornamelijk counseling, versus controlegroepen

nv = niet vermeld; ns = niet statistisch significant; BDI = 'Beck depression inventory'; HRSD = 'Hamilton rating scale for depression'.

\*Kwaliteitscriteria: (a) in de meta-analyse zijn ongepubliceerde studies opgenomen of er is systematisch naar gezocht; (b) de zoektermen zijn duidelijk gespecificeerd; (c) het besluit om een studie te includeren is door tenminste twee onafhankelijke reviewers genomen; (d) kwaliteitsbeoordeling van geïnccludeerde studies; (e) bij de analyses is met redenen omkleed gekozen voor het 'fixed' of 'random effects'-model.

†Het percentage mensen dat niet langer depressief was of onder een afkappunt op een symptoomlijst scoorde, uitgedrukt in oddsratio's (OR) of relatieve risico's.

‡'d': gestandaardiseerde effectgrootte: het aantal standaarddeviaties op een ernstmaat dat de interventiegroep beter af is dan de controlegroep; een effectgrootte van 0-0,32 wordt beschouwd als klein, van 0,33-0,55 als middelgroot en > 0,55 als groot.<sup>5</sup>

§Depressieve stoornis of klinisch relevante depressieve klachten.

||Dit is geen oddsratio, maar een relatief risico.

effect op herstel†			effect op symptomen‡		
OR (95%-BI)	aantal vergelijkingen	heterogeniteit	d (95%-BI)	aantal vergelijkingen	heterogeniteit
3,01 (2,37-3,99)	13	ns	-0,90 (-1,21--0,60)	22	ja
2,40 (1,37-4,21)	16	ja	-0,27 (-0,59-0,06)	13	ns
1,98 (1,11-3,54)	6	ns	-0,33 (-0,58--0,08)	8	ns
3,42 (1,98-5,93)	12	ja	-1,00 (-1,35--0,64)	20	ja
2,11 (1,17-3,81)	6	ns			
3,45 (1,30-9,17)	10	ja	-0,45 (-0,89--0,01)	9	ja
2,22 (1,50-3,27)	11	ns	-0,68 (-0,92--0,45)	17	ja
			-0,40 (-0,04-0,76)	8	ns
			-0,34 (BDI); -0,18 (HRSD)	5	ns
			-0,77 (-0,94--0,61)	17	nv
			-0,3 (-0,7-0,1)	4	ns
1,86 (1,38-2,52)	16	ns			
			0,03 (-0,15-0,20)	9	ns
			-0,49 (-0,69--0,28)	11	ja
			-0,41 (-0,67--0,15)	8	ns
			-0,72 (-0,94--0,48)	23	nv
0,53 (0,44-0,64)	7	ns			

behandeling anders was dan in controlegroepen. Ook werden wat betreft uitval geen statistisch significante verschillen gevonden tussen psychologische behandelingen, of tussen psychologische behandelingen en behandeling met antidepressiva. Verder leidde het combineren van antidepressiva met psychologische behandeling niet tot meer of minder uitval.

**Effecten bij specifieke populaties.** Psychologische behandelingen bij kinderen en adolescenten hadden middelgrote tot grote effecten op depressieve klachten.<sup>13-14</sup> Bij vrouwen met een postnatale depressie waren aanzienlijke resultaten wat betreft herstel gevonden (RR = 0,53).<sup>15</sup>

## BESCHOUWING

Met de gepresenteerde review van meta-analysen hebben wij een globaal beeld geschetst van wat er bekend is over de effecten van psychologische behandeling van depressie. Daaruit komt naar voren dat het nauwelijks twijfel behoeft dat psychologische behandeling grote effecten heeft op symptomen en herstel bij depressie. Welke vorm van psychologische behandeling de beste is, is niet duidelijk. Cognitieve gedragstherapie is het meeste onderzocht; dit is een kortdurende vorm van psychologische behandeling waarbij de patiënt leert negatieve patronen van cognities te ontdekken en te veranderen.<sup>16</sup> Daarbij gaat het om negatieve gedachten zoals 'het wordt nooit wat met mij', 'alles wat ik aanpak gaat fout' of 'iedereen is tegen me'; dergelijke negatieve gedachten vormen vanuit psychologisch opzicht de kern van een depressie. Cognitieve gedragstherapie doet in ieder geval niet onder voor andere onderzochte vormen van psychologische behandeling. Duidelijk is ook dat behandeling met antidepressiva alleen minder goed werkt dan dezelfde behandeling in combinatie met psychologische behandeling. Er is geen aanwijzing dat dit leidt tot minder uitval. Ook bij adolescenten en vrouwen met postnatale depressie zijn er duidelijke aanwijzingen dat psychologische behandeling effectief is.

Een zwakke kant van ons overzicht is dat meta-analysen altijd enigszins achterlopen op primaire studies, zodat de laatste inzichten mogelijk gemist worden. Verder hangen de uitkomsten van alle meta-analysen af van de kwaliteit van de geïnccludeerde studies, en niet alle door ons geïnccludeerde meta-analysen voerden een goede kwaliteitscontrole van primaire studies uit. Ook zijn meta-analysen in principe niet beter dan grote, goed opgezette gerandomiseerde klinische trials en kan men met meta-analysen niet alle relevante vraagstellingen even goed onderzoeken. Een ander probleem is dat de meta-analysen in ons overzicht een zekere overlap in primaire studies hebben, waardoor de uitkomsten van de meta-analysen niet onafhankelijk zijn van elkaar; de overlap was echter betrekkelijk gering (19%). Tenslotte hebben wij een behoorlijk aantal meta-analysen geëxclu-

deerd uit ons overzicht vanwege methodologische redenen. Het is dan ook goed mogelijk dat wij belangrijke onderzoeksgebieden gemist hebben, omdat er geen behoorlijke meta-analyse naar is uitgevoerd, terwijl de primaire studies wel beschikbaar zijn.

Het gros van het onderzoek naar psychologische behandelingen heeft in de afgelopen 3 decennia plaatsgevonden met een aanzienlijke verbetering van de methodologische kwaliteit in de afgelopen 10 jaar. Dit onderzoek is dan ook nog een relatief nieuwe 'tak van sport'. Desondanks is in deze periode een behoorlijk aantal trials uitgevoerd, met name naar cognitieve gedragstherapie. Het valt te verwachten dat de komende periode beter in kaart zal worden gebracht welke andere vormen van psychologische behandeling eveneens effectief zijn, hoe deze behandeling bekort kan worden zonder aan effecten in te boeten en welke patiënt het meeste baat heeft bij welke vorm van behandeling.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 8 april 2005

---

## Literatuur

- 1 Bartels SJ, Dums AR, Oxman TE, Schneider LS, Arean PA, Alexopoulos GS, et al. Evidence-based practices in geriatric mental health care: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatr Clin North Am* 2003;26:971-90.
- 2 Klein DF. Flawed meta-analyses comparing psychotherapy with pharmacotherapy. *Am J Psychiatry* 2000;157:1204-11.
- 3 Laidlaw K. An empirical review of cognitive therapy for late life depression: does research evidence suggest adaptations are necessary for cognitive therapy with older adults? *Clin Psychol Psychother* 2001;8:1-14.
- 4 Lam RW, Kennedy SH. Evidence-based strategies for achieving and sustaining full remission in depression: focus on metaanalyses. *Can J Psychiatry* 2004;49(3 Suppl 1):17S-26S.
- 5 Lipsey MW, Wilson DB. The efficacy of psychological, educational and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *Am Psychol* 1993;48:1181-209.
- 6 Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, et al. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 2001;5:1-173.

- 7 Cuijpers P, Tiemens B, Willemse G. Minimal contact psychotherapy for depression (Protocol) [Cochrane review]. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD003011.
- 8 Friedman MA, Detweiler BJ, Leventhal HE, Horne R, Keitner GI, Miller IW. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of major depressive disorder. *Clin Psychol Sc Pract* 2004;11: 47-68.
- 9 Gregory R, Canning S, Lee T, Wise J. Cognitive bibliotherapy for depression: a meta-analysis. *Prof Psychol Res Pract* 2004;35:275-80.
- 10 Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2001;322: 763-7.
- 11 Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:714-9.
- 12 Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen Tierney S. A meta-(re)-analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord* 2002;68:159-65.
- 13 Haby MM, Tonge B, Littlefield L, Carter R, Vos T. Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy and selective serotonin reuptake inhibitors for major depression in children and adolescents. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:579-91.
- 14 Michael KD, Crowley SL. How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2002;22:247-69.
- 15 Lumley J, Austin MP, Mitchell C. Intervening to reduce depression after birth: a systematic review of the randomized trials. *Int J Technol Assess Health Care* 2004;20:128-44.
- 16 Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.

## Abstract

### Psychological treatment of depression; a systematic review of meta-analyses

**Objective.** To provide a review of the meta-analyses of the efficacy of psychological treatment of patients with a depressive disorder.

**Design.** Systematic review.

**Method.** A search was performed in Pubmed, Psycinfo and DARE, in earlier reviews and in the lists of references of recovered articles. The inclusion criteria were: statistical meta-analyses of randomised studies that had been published in English in the period 2000-2004. 3 types of outcome measures were distinguished: effects on recovery, effects on the severity of the depressive symptoms, and dropping out.

**Results.** 10 meta-analyses were included with a total of 132 primary studies, of which 25 (19%) appeared in more than one meta-analysis. Psychological interventions in general appeared to have a significant effect on recovery (oddsratio: 3.01) and on the reduction of the depressive symptoms (standardized effect size: -0.90). Cognitive behaviour therapy had been especially thoroughly investigated; there was no convincing evidence that this type of therapy was more effective than other psychological treatments. Minimal psychological interventions also had major effects. Psychological treatment was also effective in children and adolescents. Treatment with antidepressants alone was less effective than combined therapy with antidepressants and psychological intervention. There were no indications that the drop-out rate during psychotherapy was different from that in controls.

**Conclusion.** There is much empirical support for the efficacy of psychological treatment of patients with depressive disorders.

*Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1892-7